

El condado aprobó su asistencia monetaria y sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). El pago de asistencia monetaria correspondiente a su primer mes de asistencia es de \$ _____.

Su primer día de asistencia monetaria es _____. Su primer día de Medi-Cal es el primer día del mes en que usted solicitó asistencia.

- El pago de asistencia monetaria para su primer mes de asistencia es solamente para una parte de un mes. Corresponde al tiempo comenzando en su primer día de asistencia monetaria, que se muestra arriba, hasta el fin del mes. Si nada cambia, la asistencia monetaria correspondiente al próximo mes, será para un mes completo.
- Usted solicitó un pago por necesidad inmediata. Se está satisfaciendo su necesidad inmediata con el pago correspondiente a su primer mes de asistencia monetaria. Esto se hace dentro del límite para recibir asistencia por necesidad inmediata, el cual es un día hábil.
- El pago de asistencia monetaria para su primer mes de asistencia incluye una sanción del 25% por no cooperar con nosotros o con la Division de la Oficina del Fiscal del Distrito para el Mantenimiento y Apoyo de Familias (FSD). Se restará esta cantidad de su pago de asistencia monetaria cada mes hasta que usted coopere con nosotros o con la FSD.
- En _____, usted recibió un pago de \$_____ para evitar la necesidad de recibir asistencia a largo plazo. En _____, recibió servicios de _____ con un valor de \$_____ para evitar la necesidad de recibir asistencia a largo plazo. Usted convino en reembolsar ese pago/esos servicios. Se restará \$_____ de su pago mensual de asistencia monetaria durante _____ meses hasta que se reembolse por completo lo que debe.

En esta página se calcula la cantidad de su asistencia monetaria.